

ANEXO 1 : MODELO CUESTIONARIO COVID -19 (previo actividad deportiva)

Este es un cuestionario para conocer tu estado de salud actual con respecto a la enfermedad producida por el CORONAVIRUS COVID-19.

Nombre:

Club:

Equipo o equipos:

Categoría o categorías:

¿Has padecido COVID-19 u otra enfermedad durante el confinamiento?: sí/no

¿Dónde y quién te ha atendido?

Centro:

Especialista:

¿Te han hecho algún Test de confirmación del Covid-19? sí/no:

¿Cuál?

PCR: sí/no:

Resultado:

TEST RÁPIDO CUALITATIVO (IgG/IgM): sí/no:

Resultado:

TEST SEROLÓGICO CUANTITATIVO (IgG/IgM): sí/no:

Resultado:

En los últimos 14 días, ¿has tenido alguno de los siguientes síntomas? ¿Cuándo?

SINTOMA	Antes de 14 días	En los últimos 14 días	Observación
FIEBRE	Si - No	Si - No	
TOS SECA:	Si - No	Si - No	
DIFICULTAD RESPIRATORIA:	Si - No	Si - No	
DOLOR DE CABEZA	Si - No	Si - No	
GASTROENTERITIS:	Si - No	Si - No	
PÉRDIDA DE SABOR:	Si - No	Si - No	
PÉRDIDA DE OLOR:	Si - No	Si - No	
CANSANCIO GENERALIZADO	Si - No	Si - No	

¿Has necesitado asistencia médica a causa del Covid-19? ¿Cuándo?

TELEFÓNICA: sí/no:

AMBULATORIA: sí/no:

HOSPITALARIA: sí/no:

UCI: sí/no:

¿Qué tratamiento has recibido?

¿Alguna persona que conviva contigo ha padecido la enfermedad o alguno de los síntomas mencionados con anterioridad?: sí/no:

En caso afirmativo, ¿hiciste cuarentena?: sí/no:

¿Te encuentras en estos momentos bien de salud? sí/no:

En caso de que hayas marcado no, describe los síntomas que tienes:

En el caso que hayas sido diagnosticado ¿Tienes autorización de la autoridad sanitaria para reincorporarte a la actividad? Sí (adjunta documentación)/no:

Fecha

Firma

